47

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Em. QUIQUEMELLE
Ex-Interne des Hôpitaux de Caen et de Rennes

PERFORATION EN ARRIÈRE DE l'Ulcère du Duodénum

Président : M. FERNAND BEZANÇON, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUÉNIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

Hommage d'affection profonde.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Bactériologie
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur BERNARD

Chirurgien de l'Infirmerie centrale des Prisons

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Notre thèse roule sur une observation personnelle d'un cas rencontré avec le docteur Bernard.

La littérature qui nous a paru assez pauvre en cas analogues a pu cependant nous en fournir de presque identiques.

Tel quel, nous avons cru notre travail susceptible de présenter pour d'autres autant d'intérêt qu'il en a pour nous et nous n'hésitons pas à en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

En l'absence de nombreux faits nous ne pouvions songer à faire une étude d'ensemble, mais tirant des cas rencontrés l'enseignement qu'ils comportent, nous nous sommes bornés à diviser notre travail en deux parties principales :

1° Un chapitre descriptif et clinique où nous avons inséré et joint à notre observation personnelle celles que nous avons pu trouver dans la littérature, d'où nous avons essayé de tirer des éléments de diagnostic ;

2° Un chapitre thérapeutique.

PERFORATION EN ARRIÈRE DE l'Ulcère du Duodénum

I

PARTIE DESCRIPTIVE. — ÉTUDE CLINIQUE

Fréquence. — Depuis quelques années l'attention est attirée en France sur la question de l'ulcère du duodénum. Assurément l'accord n'est pas fait sur ce qu'il faut entendre par ulcère du duodénum, et de nombreux cas catalogués en France ulcères du pylore doivent être considérés par les Anglo-Américains comme ulcères du duodénum. Mais quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur la fréquence absolue ou relative de l'ulcère duodénal par rapport à l'ulcère gastrique, il est une chose évidente et bien mise en relief dans le rapport de MM. Ricard et Pauchet au Congrès de chirurgie de 1910 : c'est la différence entre les résultats obtenus par les chirurgiens anglo-américains et les chirurgiens français en face de la complication la plus grave des ulcères duodénaux ou duodéno-pyloriques même, pour ne rien préjuger : la perforation.

Sur 57 cas réunis par les rapporteurs et dus à Mitchell, Mays, Brewer, Mill, Codmann, il y a eu 44 succès, soit 77 o/o.

Au contraire, dans les 42 cas rassemblés par MM. Ricard et Pauchet et à eux communiqués par d'autres chirurgiens, il y a eu 39 morts, soit 7 o/o seulement de résultats favorables.

Cette différence tient aussi à des causes de première importance que l'étude de travaux publiés dans ces dernières années, tant en Angleterre qu'en Amérique, permet de mettre en évidence : ce sont d'une part la précocité de l'intervention, et d'autre part l'incontestable connaissance qu'ont ces chirurgiens de l'ulcère du duodénum et de ses complications, en particulier de la perforation, que nous allons étudier.

Auparavant, rappelons très brièvement les caractères étiologiques de l'ulcère duodénal.

Etiologie. — Il y a deux variétés d'ulcère du duodénum, l'ulcère primitif ou chronique, le plus important de beaucoup, et l'ulcère secondaire.

Celui-ci est une complication exceptionnelle des brûlures, de l'urémie, de quelques infections comme l'érysipèle, la diphtérie, la variole, la pneumonie ; c'est une ulcération aiguë qui se cicatrice rapidement ou amène la mort du malade par hémorragie ou perforation. Elle est une des causes du melœna des nouveau-nés, survenant à la suite de certaines toxi-infections.

L'ulcère primitif a été considéré longtemps comme

une affection rare et qui se manifesterait seulement par une hémorragie ou une perforation. A la suite de travaux récents on tend à admettre sa fréquence et la possibilité de le diagnostiquer avant l'apparition d'une complication.

La fréquence, bien que certainement plus grande que ne le pensaient les classiques, est encore difficile à apprécier : les classiques le regardent comme rares; au contraire les chirurgiens anglo-américains le croient plus fréquent que l'ulcère de l'estomac ; il y a là une exagération certaine; dans un relevé d'autopsies portant sur plus de 400 cas Grüber trouve une proportion de 1 ulcère du duodénum pour 4 de l'estomac. Mais il reste très difficile au moins sur le vivant de le distinguer de l'ulcère stomacal juxta-pylorique; les moyens de reconnaître le siège du pylore manquent en effet de précision : la veine pylorique, repère utilisé en Angleterre et en Amérique et qui correspondrait au sphincter, au niveau de son versant gastrique, est inconstante et son siège est variable.

L'étiologie est encore mal connue. C'est une maladie de l'âge adulte qui paraît prédominante chez l'homme; l'hyperchlorhydrie paraît être un de ses facteurs.

Caractères anatomiques. — L'ulcère du duodénum est presque toujours un ulcère juxta-pylorique : il siège dans 95 o/o des cas sur la première portion du duodénum, en général à moins de 2 centimètres de l'orifice.

Quant à sa topographie par rapport aux parois du duodénum, la statistique de Henry Collin portant sur 116 cas où le siège est précisé donne 71 cas pour la paroi antérieure contre 45 pour la paroi postérieure.

Il est unique dans 80 à 95 0/0. Il coïncide quelquefois avec un ulcère de l'estomac : la découverte d'un ulcère gastrique ne doit donc pas dispenser d'explorer le duodénum.

Au cours d'une opération l'ulcère se reconnaît, suivant qu'il est en activité ou non, à une zone congestive avec des points hémorragiques, ou à une cicatrice blanchâtre, dépolie, légèrement rugueuse. Des adhérences ou des brides fibreuses marquent quelquefois son siège. Mais souvent l'ulcère ne peut être reconnu à l'inspection, qu'il n'y ait pas de lésions visibles ou que des adhérences empêchent l'exploration de la région.

L'intestin ouvert, l'ulcère a un aspect identique à celui de l'ulcère de l'estomac. Arrondi, ovalaire, atteignant 3, 4 centimètres de diamètre ou assez plat (jusqu'à 2 millimètres) pour se cacher dans un repli de la muqueuse, il a des bords à pic ou infundibuliforme.

Au début, la lésion n'intéresse que la muqueuse, pour atteindre successivement les diverses tuniques de l'intestin, et à mesure que l'ulcère gagne en profondeur il accroît son diamètre surtout dans la tunique primitivement atteinte ; de sorte que dans les cas récents on peut y reconnaître les différentes tuniques.

Cet aspect ne se retrouve plus dans les grands ulcères où la muqueuse s'est rétractée et la paroi intestinale amincie. En général « le fond bien détergé rappelle les plaies atoniques des ulcères chroniques variqueux ».

La perforation. — Dans les premiers temps la perte de substance peut intéresser successivement les capillaires, puis les petits vaisseaux de la muqueuse, et enfin les gros vaisseaux donnant naissance à des hémorragies parfois foudroyantes.

Enfin le terme ultime de la désagrégation pariétale, la perforation, constitue la complication redoutable par sa gravité et même sa fréquence, puisque d'après Chvostek on la rencontrerait dans 43 o/o des cas. D'ailleurs pour que l'ulcère s'étende en profondeur il n'est pas nécessaire que son diamètre soit grand. On peut en rencontrer d'étendus qui n'ont pas gagné en profondeur, d'autres n'ayant que quelques millimètres de diamètre perforant la paroi.

Lorsque ces ulcères perforeront la paroi antérieure le résultat habituel sera la péritonite.

Mais nous avons vu que quelquefois ils siègent sur la paroi postérieure du duodénum, le plus souvent dans sa portion verticale. Si un ulcère de cette paroi non recouverte par le péritoine se perfore, nous nous trouvons en présence d'une inflammation du tissu rétropéritonéal pouvant aller jusqu'au phlegmon périnéphrétique comme dans les quelques observations qui vont suivre. La chose n'est pas pour étonner puisqu'en effet la deuxième portion du duodénum

longe le flanc droit des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires et que « en arrière elle « répond à la partie interne de la face antérieure du « rein droit qui lui adhère parfois d'une façon intime. « au moins dans la deuxième portion du segment « susmésocôlique, c'est-à-dire sur la partie externe « de la première portion et sur la moitié supérieure « de la portion descendante ».

Cette complication qu'est la perforation de l'ulcère du duodénum entraînant la suppuration du tissu rétropérineal est très rare et nous ne pensons pas que le sujet ait été traité. Nous croyons qu'il mérite plus d'attention qu'on ne paraît lui en avoir accordé.

Dans la littérature, Gustaf-Petren de l'Université de Lùnd (Suède) n'a trouvé que cinq cas confirmés par l'autopsie et, ajoute-t-il : « Dans la littérature que « j'ai pu consulter pour moi je n'ai pu rencontrer « un seul cas de cette sorte qui se soit terminé par « la guérison. »

Ce n'est pas, à son avis, que ces cas ne se soient pas présentés, mais ils n'ont pas été diagnostiqués ou le diagnostic a été si hésitant ou si peu net qu'ils n'ont pas été publiés. Et pourtant chaque chirurgien qui a à son actif un grand nombre d'opérations abdominales connaît certains de ces phlegmons rétropéritonéaux du côté droit dont l'origine reste obscure et qui d'ailleurs après opération et drainage guérissent quelquefois. Dans un grand nombre de ces cas Petren pense que la source de l'infection est l'ulcère du duodénum et que si on y songeait plus souvent

on se rendrait compte que la perforation en arrière n'est pas si rare. Enfin la suppuration peut ne pas se limiter à la région rénale ainsi que nous le verrons dans les observations I, V, et VI, produisant un abcès qui envahit d'abord la partie antéro-externe du rein droit et descend sur la fosse iliaque droite, rappelant grossièrement l'allure des abcès ossifluents.

C'est ainsi que dans l'exemple n° IV un abcès développé d'une façon analogue a pu pénétrer insidieusement à travers le ligament de Poupart et s'est ouvert sur la peau où il a ultérieurement donné naissance à une fistule permanente par où s'écoule un liquide bilieux dans lequel on peut identifier des aliments, prouvant ainsi son origine duodénale.

D'autres fois la perforation peut conduire à la production d'un phlegmon pouvant fuser dans l'atmosphère rénale jusque dans le voisinage du foie et donner comme dans l'observation VII un vaste phlegmon périnéphrétique et un abcès sus phrénique. Petren signale enfin 2 cas, celui d'un phlegmon rétropéritonéal droit fusant à gauche et redescendant dans le bassin (obs. III) et celui d'un phlegmon fusant vers les gros vaisseaux à travers le diaphragme dans le médiastin et donnant naissance à un phlegmon gazeux.

Avant de donner ces observations nous plaçons celle qui nous est personnelle avec le Dr Bernard.

OBSERVATIONS

OBSERVATION de Mme T...

Perforation d'un ulcère du duodénum.—Phlegmon périnéphrétique.

Mme T..,, âgée de cinquante ans, a eu de nombreux enfants : grossesses et accouchements normaux ; grossesse gémellaire il y a quatorze ans. Pas de maladies antérieures sauf à deux ou trois reprises des crises douloureuses dans la région du flanc droit qui ont été considérées comme des coliques hépatiques, suivies de séjours à Vichy qui lui ont été chaque fois salutaires.

Le 25 mai Mme T... est prise d'une très vive douleur dans la région droite du ventre avec état nauséeux. On fait appeler un médecin, le Dr H..., qui fait une piqûre de morphine et pose le diagnostic de coliques hépatiques, mais il ne peut continuer à voir la malade.

Le 27 mai un second confrère trouve la malade souffrant beaucoup dans l'hypocondre droit et le flanc droit avec irradiation de la douleur dans le dos et la région de l'omoplate droite. Etat nauséeux sans vomissements, pas d'ictère, urines non pigmentées, la région de la vésicule n'est pas particulièrement douloureuse. Pas de signe d'obstruction intestinale. Les lavements sont suivis de résultat, la température varie

entre 37°5 et 38°2. Le traitement consiste en applications de compresses et de suppositoires calmants. A défaut de mieux on adopte le diagnostic du confrère précédent.

Le 29, l'état général est le même, la douleur est diffuse et gêne la respiration, l'hypocondre et le flanc droit sont toujours douloureux à la pression, mais on note un phénomène nouveau : c'est de l'obscurité à la base droite avec un souffle doux à la respiration.

Malgré ces signes objectifs la température n'est pas élevée et monte à peine à 38°5 le soir.

Le Dr Bousquet pense à un épanchement pleural et institue un traitement en conséquence (ventouses, etc.).

Le 4 juin, la matité, l'obscurité et le souffle persistant, on pratique une ponction à droite en arrière dans le huitième espace intercostal ; la ponction ne ramène pas de liquide, la température pendant plusieurs jours présente une grande oscillation de 37°5 le matin à 39°5 le soir.

Du 5 au 7 juin, température à oscillations notables, douleur sourde, semblant se localiser davantage dans le flanc droit, et quitter pour ainsi dire le niveau du diaphragme et du foie pour descendre dans la région de la partie inférieure de la loge rénale droite. Naussées mais sans vomissements ou très rares et peu abondants.

A l'examen on note un empâtement encore vague du flanc droit qui rend le diagnostic hésitant entre la pleurésie et une collection possible périnéphrétique, et rend nécessaire une consultation avec un chirurgien.

Le 8, consultation avec le Dr Bernard qui écarte l'idée d'une pleurésie purulente étant donné la prédominance encore faiblement marquée mais réelle des signes constatés

dans le flanc sur ceux de la base du thorax. Les symptômes thoraciques sont plutôt considérés comme dus à une propagation de voisinage. Pourtant c'est à peine si on soupçonne l'ébauche d'un signe qui eût été pathognomonique du pus dans la région ; nous voulons dire l'œdème. Aussi le Dr Bernard laisse-t-il encore la malade aux mains de son confrère et ce n'est que deux jours après, le 10 juin, qu'il la prend à la maison de santé.

Si on regarde la feuille de température on voit qu'elle reste élevée jusqu'au 10 et au contraire qu'à partir de l'entrée à la maison de santé elle n'a jamais dépassé 38 degrés ou à peine, ce qui n'était pas fait pour rendre le diagnostic facile.

La douleur existait toujours, mais atténuée jusqu'à un degré vraiment troublant ; l'œdème du flanc se soupçonnait plutôt qu'il ne se voyait (1).

On arrive ainsi au 14 juin, jour de l'opération. Et pourtant ce jour-là les douleurs étaient si peu marquées, l'état général si satisfaisant, la malade se sentait si bien que le chirurgien dut user de la confiance qu'on lui accordait pour imposer l'opération en se basant sur la présence nette cette fois, de l'œdème, peu accentué il est vrai (que ce détail soit bien remarqué) mais réel.

L'incision du phlegmon périnéphrétique, qui était très considérable, présenta cette particularité qu'il contenait des gaz et des débris sphacélés très abondants, de telle sorte que

---

1. Pourtant le Dr Bernard qui nous inspire ce travail nous autorise à dire que c'est bien sur ce symptôme, sur ce soupçon même qu'il affirmera une fois de plus et après tous les auteurs la nécessité d'ouvrir précocement.

l'origine intestinale devait venir à l'esprit. Mais quelle partie de l'intestin pouvait-on soupçonner ? En l'absence de toute tumeur s'offrant d'elle-même à la vue ou au toucher, et vu la profondeur des lésions, l'idée eût pu venir de l'origine duodénale, alors même qu'il n'y avait pas eu d'écoulement de bile, et étant donné, surtout, que l'état général était toujours resté bon, et éloignait l'idée de cancer du gros intestin ou d'ailleurs. Mais il faut bien le dire, c'est après coup et en discutant le cas, qu'on posa le diagnostic vrai. Il ne se présenta pas à l'esprit du chirurgien qui incrimina malgré tout un épithélioma probable du côlon qui se confirmerait sans doute plus tard.

Pour l'instant l'indication était de draîner; c'est ce qui fut fait avec deux drains énormes.

Les jours suivants la malade parut bien. A noter que les pansements étaient traversés, nous fut-il dit plus tard. Ce symptôme qui déjà avait une grande portée, malheureusement ne fut pas signalé par l'infirmière qui était obligée de changer les pansements hors la présence du chirurgien. D'ailleurs l'état général se maintenait. Ce n'est que le 18 que le chirurgien constata que la malade qui était couchée sur un lit mécanique avec un alèze caoutchoutée sous elle, baignait sous un liquide abondant verdâtre, qui donna aussitôt l'idée de bile. En outre la langue était sèche, la soif extrême. Un verre de liquide qui fut donné à la malade fut suivi presque aussitôt d'une issue extrêmement abondante de liquide par la plaie lombaire. Subitement dans l'intervalle d'un jour l'état s'était aggravé, le pouls était devenu mauvais. En écartant les bords de la plaie avec de grandes valves, on put constater que l'atmosphère périrénale était complètement

détergée, et très nettement on vit la bile qui sortait spumeuse par un orifice très large qui aurait pu admettre presque le diamètre du pouce. Il s'agissait de la portion descendante du duodénum.

Quoique voisine de la ligne médiane, l'incision chirurgicale, très grande, eût permis de poser des fils sur cette perforation, mais devant l'état des bords de l'orifice, le Dr Bernard estima qu'il n'y avait aucune chance de voir la suture réussir, et elle ne fut pas tentée.

A remarquer que depuis le 10 juin la température était très voisine de la normale.

Malgré cela le dénouement se précipita et la malade mourait le 21 juin.

Voici quelques observations relatives à la perforation en arrière de l'ulcère du duodénum que nous avons trouvé dans la littérature américaine et que nous avons traduite. Elles ont été réunies en partie par G. Petren de Lund. Les observations II, IV, V, brèves d'ailleurs, ont été prises par nous dans la littérature allemande.

OBSERVATION I

Perforation et accidents
guéris par simple drainage de l'abcès.

B. J. B..., homme de soixante-trois ans, traité à l'hôpital de Trælleborg, 14 février à 13 mars 1912.

Marche de la maladie : Depuis l'âge de quinze à vingt ans le malade à des douleurs abdominales avec crises paroxys-

tiques régulières. Quelquefois bien portant pendant deux mois, puis surviennent des brûlures d'estomac suivies d'éructation, surtout après l'absorption d'une nourriture abondante, quelquefois même de vomissements.

La douleur apparaît une à deux heures après le repas, les vomissements deux à trois heures après, obligeant souvent le malade à une diète rigoureuse.

A quarante-cinq ans hématémèses qui ont duré cinq jours et l'ont affaibli au point de garder le lit près de quatre semaines. Puis il prend l'habitude de boire et se met à commettre le véritables excès. Les troubles digestifs recommencent, s'aggravent, et au début de janvier 1912 apparition au côté droit de l'abdomen de violentes douleurs qui augmentent au point que vers la fin de janvier il ne peut se tenir debout.

A ce moment il refuse d'entrer à l'hôpital bien qu'à ce moment sa température stationne aux environs de 40°7 à 40°9 (100-102° F) avec cependant conservation de l'appétit, quelques vomissements assez rares, un peu de constipation, des douleurs aiguës dans le côté droit de l'abdomen, un ou deux grands frissons et une faiblesse particulière.

Pas de troubles urinaires. Cependant différents examens d'urine révèlent la preuve d'albumine.

Le médecin traitant ne découvre aucun symptôme d'appendicite ou d'irritation péritonéale, mais pendant la dernière quinzaine il sent près du rein droit une résistance douloureuse s'irradiant vers la fosse iliaque droite.

Le malade entre à l'Hôpital de Trælleborg le 14 février 1912.

Etat actuel. — Le malade se sent très affaibli. Température 40°9, pouls 110-120. Urine albumineuse contenant quel-

ques leucocytes. Evacuation difficile des matières et des gaz. L'abdomen n'est pas dilaté mais la paroi est dure dans la partie supérieure du flanc gauche et dans la partie médiane de l'abdomen.

Sur la partie droite de l'abdomen on sent une résistance siégeant profondément, sans limites précises, en haut et à droite, mieux limitée en dedans et en bas, et sensible à la palpation profonde. Son siège est au niveau de la moitié inférieure du rein droit, s'étendant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure à deux ou trois travers de doigt de celle-ci.

Opération. — Incision extrapéritonéale sous anesthésie locale, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure donnant issue à un grand verre de pus très épais sortant d'une cavité abcédée manifestement extrapéritonéale. La marche vers la guérison s'opère régulièrement, bien que quatre jours après il subsistait encore un peu de température et que la suppuration reste encore copieuse pendant les deux semaines qui suivent.

L'appétit reste faible. On observe encore quelques vomissements. Commence à se lever à la fin de la troisième semaine et rentre chez lui le 13 mars presque complètement guéri et sans albumine dans ses urines.

Augmentation de poids de 10 kilos pendant les six premiers mois. D'après les renseignements reçus en février 1914 il se trouve à peu près complètement remis, bien qu'il éprouve à nouveau comme autrefois des « aigreurs » et quelques malaises ordinairement deux heures après les repas.

Dans cette observation les symptômes mentionnés dans les anamnestiques concernant la forme de la douleur, même dans les années d'adolescence une,

deux, trois heures après les repas et l'apparition dix-huit ans après de saignements copieux sous forme d'hémathémèse, les évacuations couleur goudron et jusqu'à janvier 1912 les symptômes douloureux du côté du tube digestif semblent indiquer nettement un ulcère en évolution.

D'autre part la formation de cette tumeur résistante dans la partie droite de l'abdomen, la découverte d'un abcès qui guérit sans complication dans l'espace de trois semaines et l'amendement très net après l'opération des sympômes douloureux pouvaient-ils conduire au diagnostic ?

« Et la question qui se pose, dit l'auteur, est celle-ci : « quelle idée peut venir en présence des phlegmons « apparaissant dans de telles conditions ? L'idée qui « vient tout d'abord à l'esprit est celle des abcès « appendiculaires.

« La première objection à cette façon de voir est « que pendant la première semaine de la maladie « le patient n'a présenté aucun symptôme objectif « au point appendiculaire ; la deuxième est que du « jour où le patient s'alita il n'eut jamais aucun « signe d'irritation péritonéale comme dans le cas « d'une appendicite aiguë.

« D'ailleurs à l'examen de la région lombaire droite, « d'après la situation et les renseignements fournis « par la palpation, la résistance assez bien délimitée « en avant et descendant vers la partie inférieure, « et enfin les symptômes douloureux, on pouvait « aussi bien penser à ces abcès bacillaires fusant

« dans la fosse iliaque. Mon premier diagnostic en « examinant le malade chez lui fut celui d'abcès péri- « néphrétique intéressant le rein droit : il avait à ce « moment de l'albumine dans les urines ; mais le « malade n'en avait jamais eu avant, ni aucun symp- « tôme de lésion rénale dont le phlegmon réel eut été « la résultante. Rien du côté des organes génitaux. « L'apparition d'albumine dans les urines ne pouvait « être que transitoire et due à l'état général du « malade.

« Donc ni dans les commémoratifs, ni dans l'état « du malade au moment de l'opération, où ultérieu- « rement rien ne vient à l'appui de la thèse que « l'abcès venait du rein droit. Pas la plus petite rai- « son de penser que le pancréas, le foie ou les con- « duits biliaires fussent le point de départ de la « suppuration (1). Par élimination restait à peu près « le seul point possible de suppuration : le duodénum

« Si on réunit de tels faits et étant donné que le « malade en question avait sans aucun doute un « ulcère du duodénum et vit les derniers temps les « symptômes douloureux s'aggraver comme c'est le « cas les jours qui précèdent le moment où un ulcère « va se perforer il ne me semble pas seulement pro- « bable, mais à peu près certain que l'abcès dans ce « cas était dû à une perforation d'un ulcère de la « paroi postérieure du duodénum. »

---

1. De tels cas en effet avaient à ce moment-là été mis en lumière par Springel (*Archiv. fur. Klin. Chir.*, 1911).

OBSERVATION II

(Förster 1865 (1).

Perforation en arrière constatée à l'autopsie.

Homme de dix-neuf ans précédemment en bonne santé. A longtemps souffert de douleurs et de tiraillements de la région stomacale une à deux heures après les repas. Soudainement a montré des symptômes douloureux aigus et meurt peu de jours après.

L'autopsie montre la cavité abdominale remplie de débris alimentaires et de gaz. La paroi postérieure du duodénum présente un ulcère ouvert dans la région abcédée située sur la face antérieure du rein droit, mais sans limites précises surtout à la partie supérieure ou elle fuse vers les gros vaisseaux.

OBSERVATION III (2)

Perforation en arrière. — Phelgmon périnéphrétique incisé. Mort.

G... D... Homme trente-deux ans. Douleurs abdominales violentes et vomissements cinq semaines avant son admission à l'hôpital, trois jours après pleurésie droite. Œdème douloureux de l'abdomen et du flanc droit. Paroi abdominale tendue et mate et donnant la sensation de plénitude. Pas

1. Kraus, *Das perforierende geschwur in Duodenum*. Berlin, 1865, p. 33.

2. Perry Shaw, *On diseases of the duodenum Guy's Hospital Report*. Vol. 50, 1894, p. 270

d'ascite. Peu de fièvre. Le quatrième jour incision de la région iliaque droite donnant issue à environ 1/4 de litre de pus fétide.

Dix jours après ouverture du deuxième abcès dans l'aine gauche.

Puis le douzième jour apparition d'un autre abcès dans l'aine droite et écoulement du pus intarissable pendant environ quatre mois. Mort.

A l'autopsie la masse intestinale forme un véritable bloc d'adhérences derrière lequel se trouvent plusieurs collections purulentes dans la région du rein droit.

Sur la paroi postérieure du duodénum vers le milieu de la portion descendante on trouve un ulcère perforé à bords très épaissis du diamètre d'un doigt.

OBSERVATION IV (1)

(*Phlegmon périnéphrétique ouvert spontanément à la peau. Mort.*

Homme de quarante-cinq ans. Au mois d'octobre 1898 commence à avoir des douleurs continuelles vers le rebord costal droit, accompagnées de vomissements.

En février 1900 on peut observer dans la région inguinale droite une petite tumeur arrondie qui semble se résorber spontanément en partie suffisamment pour permettre à nouveau le travail du malade pendant quatre mois.

En octobre réapparition au même endroit de la tumeur de

---

1. Wagner, *Munich Méd. Wochenschrift*, 1901, p. 1.388.

même volume. Elle s'accroît puis s'ouvre à la peau fin octobre, laissant sourdre une certaine quantité de liquide brun roux très fétide. Un jour le malade s'aperçoit qu'une heure environ après avoir mangé des raisins secs il en retrouve quelques grains sortant par la fistule.

Il entre à l'Hôpital de Hanau le 14 février 1901.

A ce moment amaigrissement général très prononcé. Ventre normal et non douloureux. Pas de fièvre. Rien dans les urines.

A la palpation on ne découvre rien dans le côté droit de l'abdomen et vers la moitié de l'arcade de Fallope on constate la présence d'une grosse fistule du diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, par laquelle s'écoule un liquide contenant de la bile et des débris alimentaires.

Le malade refuse une intervention, s'affaiblit de plus en plus et meurt d'inanition le 1er avril.

L'autopsie montre, situé sur la paroi postérieure de la portion descendante du duodénum un trou rond de la dimension d'une petite lentille. Pas d'autres ulcérations au duodénum ou à l'estomac. Une sonde flexible introduite de l'intérieur du duodénum dans la perforation conduit par ce trajet assez rétréci à l'orifice externe de la fistule sans pénétrer dans le péritoine.

OBSERVATION V (1)

Phlegmon périnéphrétique incisé. — Mort.

A. A..., femme de trente-deux ans. Infirmière à l'hôpital de Jœnkœpings, 7 août-16 août 1908.

---

1. Petren, *Beitræge zur Klinische Chirurgie*, 1911, p. 453.

A souffert d'une pleurésie droite il y a trois ans. Depuis va assez bien. Il y a trois semaines la malade ressent des douleurs d'estomac principalement après le repas. Pas d'appétit, un peu de constipation A plusieurs reprises quelques frissons.

Est admis dans un hôpital le 1er août et y reste une semaine pendant laquelle la température oscille entre 39,5 et 40°. Symptômes locaux très obtus. mais petit à petit s'installent des douleurs croissantes vers la partie inférieure du rein droit. Les trois, quatre derniers jours plusieurs vomissements. On perçoit alors une masse assez nette dans le côté droit de l'abdomen. On pense à un abcès appendiculaire. Le malade est alors envoyé à l'hôpital où il entre le 7 août 1908.

A son arrivée température 39,5 ; pouls 120.

Le 8 août, température 38°6 ; pouls 110. On pose le diagnostic probable d'abcès périnéphrétique.

Opération : 12 août. — Incision au niveau de la vésicule biliaire que l'on trouve intacte. La cavité abdominale est indemne. La masse est rétropéritonéale.

L'incision est prolongée vers l'épine iliaque antéro-supérieure. On écarte la masse intestinale et on découvre le foyer abcédé qui correspond à la région du rein droit. Il est ouvert et vidé. Le rein paraît intact.

Pendant trois jours température 39°5. Pouls à 120.

Le 15 août, symptômes de pneumonie à droite. Mort le 16. L'autopsie montre que l'abcès a pour cause un ulcère perforé du duodénum sur la partie non recouverte par le péritoine, abcès qui s'est développé au-devant du rein droit.

OBSERVATION VI(1)

Ulcère perforé. — Abcès rétropéritonéal. — Suture de la perforation. — Gastro-entérostomie. — Mort.

W. R... homme de quarante-trois ans, entre à l'Hôpital royal de Manchester le 3 février 1912.

Depuis plusieurs semaines il a de fréquentes indigestions, mais le début de la maladie actuelle remonte à dix jours. Elle a débuté par une violente douleur dans la moitié supérieure de l'abdomen, douleur suivie de vomissements. La douleur et les vomissements ont continué sans rémission depuis ce moment.

L'examen du malade montre une grosse masse inflammatoire qui descend dans la fosse iliaque droite et remonte vers le rein. Le reste de l'abdomen est tout à fait normal.

On incise ce qu'on croit être un abcès appendiculaire, ce qui donne issue à une grande quantité de pus brunâtre sans odeur. L'appendice enflammé est enlevé, mais ne semble pas avoir été l'origine de l'abcès. Ni gaz, ni fétidité, mais la paroi abdominale postérieure est infiltrée.

Les jours suivants il se fait par la plaie un abondant écoulement de bile et l'on reconnaît que l'abcès a pour point de départ un ulcère perforé du duodénum.

L'alimentation rectale ne donnant aucun résultat, l'état général devenant grave et la faiblesse augmentant, on décide d'ouvrir l'abdomen et de tenter d'atteindre et de suturer la perforation, puis de terminer par une gastro-intérostomie

---

1. *The British Medical Journal*, 4 mai 1912.

avec fermeture du pylore. Après laparotomie large et écartement du paquet intestinal, on découvre assez aisément la deuxième portion du duodénum qui après ouverture du péritoine à son côté externe est incisée, décollée et retournée. Un flot de liquide s'écoule, analogue à celui qui s'écoule ordinairement par le drain et l'on aperçoit sur la face postérieure de la deuxième portion du duodénum à 25 millimètres de son point initial, une perforation admettant le bout de l'index. On la ferme, on pratique ensuite une gastro-entérostomie postérieure et la fermeture du pylore par ligature. L'opération n'a pas demandé au total une demi-heure Malheureusement le malade meurt quelques jours après.

OBSERVATION VII (1)

Perforation d'ulcère. — Abcès sous-phrénique et périnéphrétique. — Drainage. — Guérison.

« E. M..., trente-cinq ans. Bonne santé habituelle. Pas de « maladies vénériennes. Depuis deux semaines il se plaint de « douleurs épigastriques survenant d'habitude vers 11 heures « du matin et durant la plus grande partie de la journée. La « douleur aiguë, persistante, semble n'avoir que peu de rap- « port avec l'ingestion des aliments. Pas de vomissements, « pas de sang dans les selles, pas d'autres symptômes. « Le 1er juin 1908, vers 4 heures après-midi, le malade est pris « brusquement de douleurs épigastriques terribles. » Wiseman le voit une heure après le début des accidents et lui fait immédiatement une piqûre de morphine. L'abdomen

1. Wiseman (Syracuse E. V.) *Boston surgical journal*, 18 mars 1909.

est tendu, douloureux à la partie supérieure. On transporte le malade à l'hôpital. A son arrivée le facies est anxieux, tiré, la langue est légèrement chargée Ventre de bois. Sensibilité très vive à l'épigastre ; diminution de la matité hépatique. Pas de zone de matité dans l'abdomen. Température et pouls normaux. On pense qu'il s'agit de perforation du duodénum mais comme il n'y a pas du shock on n'opère pas.

Dans la nuit la douleur continue, nécessitant deux piqûres de morphine. Le lendemain matin température 39°6, pouls 80. La rigidité et la sensibilité abdominales persistent. On constate une zone de matité transversale au-dessus de l'ombilic.

Le malade va à la selle normalement.

Le troisième jour pouls à 100, température toujours élevée. Ventre un peu moins tendu et sensible. Disparition de la matité hépatique en avant. Il ne persiste qu'une étroite bande de matité dans la région axillaire. Cœur refoulé à gauche. La pointe bat en dehors du mamelon. Epanchement pleural abondant à droite. Une ponction aspiratrice ramène 1/2 litre environ d'un liquide jaunâtre, trouble, dans lequel on trouve du staphylocoque. Ceci donne à penser qu'on se trouve en face d'une pleurésie diaphragmatique accompagnée de symptômes abdominaux. Mais ce diagnoctic est bientôt écarté grâce à l'apparition de signes nouveaux.

Le quatrième et le cinquième jour vomissements fréquents.

Du sixième au huitième jour délire. Température 39 à 39°5.

Le dixième jour le séro-diagnostic de Widal est positif. On pense alors qu'il s'agit de fièvre typhoïde ambulatoire, avec perforation anormalement haute sur l'intestin.

Pendant six semaines on refait plusieurs fois un séro-diagnostic. Le premier est douteux, les autres négatifs. La contracture de l'abdomen disparaît mais la sensibilité épigastrique ne disparaît pas complètement. La température oscille entre 39 et 39°2. Jamais de taches rosées ni de tuméfaction splénique.

Comme l'état général s'altère progressivement, on décide une intervention. A ce moment il existe une zone de matité d'environ trois travers de doigt de largeur entre l'ombilic et le cartilage de la neuvième côte. Les mouvements respiratoires de cette région sont limités.

L'opération est pratiquée au cinquante-troisième jour. Elle révèle entre le foie et le diaphragme un vaste abcès sous-phrénique qui contient un pus fétide, et une autre collection au-devant du rein droit, avec laquelle communique la première. La collection se vide lentement, puis il persiste une fistule duodénale à travers laquelle s'écoule la bile et les sécrétions duodénales ; ceci confirme le diagnostic primitif de perforation du duodénum.

Le malade quitte l'hôpital huit semaines après son entrée, conservant une petite fistule duodénale. Cette petite fistule s'est fermée par la suite.

Plus tard le malade s'est rappelé qu'il avait eu une crise douloureuse, violente, six mois avant d'entrer à l'hôpital, La douleur partie du rebord costal droit près de la ligne mamelonnaire, s'irradiait à l'épigastre pour devenir très vive au niveau de la ligne médiane.

Elle dura en tout deux jours. Il n'y eut ni vomissements, ni autre troubles.

Le malade n'avait pas mentionné cette crise douloureuse pendant son séjour à l'hôpital.

Enfin citons pour terminer deux exemples d'évacuation spontanée de pus réunis par Krauss dans la *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1871, p. 33-34.

Dans l'un la fistule communiqua à l'extérieur par une ouverture située entre la septième et la huitième côte. Elle figurait un canal de 5 à 6 centimètres que donnait issue aux aliments et à la boisson. La mort était survenue un mois après la perforation au dehors.

Dans l'autre cas il s'agissait d'un homme de dix-neuf ans, mort de péritonite aiguë et présentant à l'autopsie deux ulcères du duodénum, l'un sur la face antérieure, l'autre siégeant sur la face postérieure, communiquant avec une cavité formée au dépens du tissu rétropéritonéal en pleine suppuration.

Symptomes. — Diagnostic

Telles sont les observations de perforations en arrière que nous avons pu recueillir et que nous avons cru intéressant de signaler.

Pourrions-nous de ces observations tirer des éléments d'un diagnostic rapide de la complication permettant une intervention précoce ?

Pour pouvoir interpréter les signes de perforation en présence desquels on se trouve il faut avoir présente à l'esprit l'histoire du malade. Généralement

en fouillant ses antécédents on trouve un passé digestif chargé, mais quelquefois aussi on ne trouve de ce côté aucune affection. De fait les auteurs disent que l'ulcère du duodénum peut évoluer de façon latente, et Dieulafoy montre avec observations à l'appui que la complication perforation est le plus souvent le premier symptôme de l'affection Dans sa thèse, Darras (1) observe des cas de perforation qui ont été précédés de troubles digestifs sans caractères précis : ce sont des sensations de plénitude après les repas, de la constipation ; ou bien des signes mieux définis : des douleurs à la région épigastrique, des crises gastriques avec vomissements. Mais, comme le dit Darras, aucun de ces signes ne peut permettre le diagnostic.

Pauchet dans son rapport au Congrès de chirurgie 1910 met en parallèle les observations que lui ont communiqué les auteurs anglais et américains et les chirurgiens français, et voit que dans tous les documents apportés par ceux-ci il n'est pas d'ulcère qui ait été diagnostiqué d'après les signes fonctionnels qu'il occasionnait. Tous ou presque tous se sont révélés par un accident : soit hémorragique, soit perforation. Et il écrit : « singulière maladie serait celle « qui n'existerait que par ses complications. Que « dirions-nous d'un médecin qui ne reconnaîtrait la « tuberculose qu'à ses hémorragies ?... » Il est cer-

1. Darras, *Perforation de l'ulcère du duodénum*, Paris 1896-1897.

tain que dans de nombreuses observations, on ne peut relever d'accidents antérieurs ; c'est ou bien que réellement ils n'existaient pas ; ou faut-il admettre ce fait : qu'à la suite de la perforation les douleurs effroyables que ressent le malade le rendent peu loquace ; il est prostré et ne répond qu'imparfaitement aux questions qui lui sont posées. En résumé les symptômes de l'ulcère sont peu nets.

Pauchet le reconnaît bien dans son rapport où il montre comment, sur des signes flous en apparence, les Anglo-Américains s'autorisent à établir un diagnostic que confirme l'intervention.

Mais souvent, il faut le reconnaître, les choses se passent de façon différente et on peut se trouver en présence de signes beaucoup plus nets. Le plus souvent sans cause apparente où à la suite d'un effort, d'une fatigue, à la suite d'excès de boisson, d'excès de table, les signes de la perforation se manifestent par le grand symptôme sur lequel Dieulafoy a insisté : « la douleur en coup de poignard ». Tous les auteurs s'accordent a reconnaître ce caractère d'atrocité à la douleur. Pauchet dit : « C'est une dou-« leur subite, intolérable, agonisante, supérieure à « tout ce qu'on peut souffrir, si intense que la mort « peut en résulter. » Ce fut le cas d'un professeur d'Oxford qui tomba brusquement mort dans une rue de Londres.

Brouardel, dans son *Traité de la mort subite*, cite également un cas semblable.

Le siège de la douleur est également variable. On

conçoit qu'au moment de la perforation la douleur ait son point de départ en ce point haut situé dans la région épigastrique et le côté droit de la partie supérieure de l'abdomen, mais nous ne pensons pas qu'il soit permis d'assigner à la douleur ce siège toujours le même ; elle peut débuter autour de l'ombilic, souvent dans la fosse iliaque droite. Elle peut s'irradier soit dans le dos, soit vers l'épaule droite ou dans la région lombaire.

Par conséquent ce sont des signes extrêmement variables qui traduisent la perforation duodénale.

On comprendra que les signes d'une perforation localisée comme la perforation en arrière soient difficiles à identifier.

Cette perforation apparaît dans quelques cas soudainement, avec des symptômes extrêmement bruyants (beaucoup moins cependant que la perforation en avant) : douleurs se succédant rapidement dans la partie supérieure droite de l'abdomen, vomissements et troubles sérieux dans l'état général du malade. Dans d'autres cas la perforation s'opère plus discrètement avec des symptômes moins marqués. C'est alors que le processus inflammatoire rétro-duodénal peut évoluer, du moins dans son début, de façon presque insidieuse, et même relativement lentement sans autres symptômes qu'une légère fièvre après une semaine ou deux, quelques rares frissons, un pouls légèrement accéléré et de la diminution de l'appétit et des forces. Dans de tels cas le diagnostic n'apparaîtra que lorsque l'on sentira à la palpation

de la région lombaire droite, du flanc droit, ou de la région iliaque droite, une masse résistante et douloureuse avec rigidité de la moitié supérieure de l'abdomen. Mais aucun signe de péritonite. Si bien qu'en dehors d'un examen très minutieux, guidé par une histoire ancienne de troubles digestifs sérieux, souvent d'hématémèse ou de méléna il est impossible de faire un diagnostic exact.

Lorsque sont apparus les signes des abcès siégeant dans la région lombaire on peut hésiter encore a poser son diagnostic. Et il est difficile, en présence de symptômes abdominaux extrêmement douloureux, localisés, de ne pas penser à une perforation viscérale, à une appendicite, une occlusion aiguë, une colique hépatique, etc. On s'est parfois égaré plus loin et on a parlé dans ces cas de coliques de plomb, d'empoisonnement, de hernie étranglée.

De tous ces diagnostics celui que le médecin formule le plus volontiers est celui d'appendicite

Mais dans l'appendicite la douleur ne présente pas en général cette acuité ; le début est moins brusque et souvent précédé de signes d'indigestion ; la douleur n'atteint que progressivement son maximum d'entensité. En revanche la contracture musculaire est précoce et sa constatation seule suffirait à forcer la main du chirurgien s'il n'y avait à côté d'autres signes — comme dans l'observation du docteur Bernard — ceux du phlegmon périnéphrétique sans phénomènes fébriles marqués.

Enfin, point intéressant à signaler ajoutant encore

aux difficultés du diagnostic : on se trouve souvent en présence d'un malade ayant absorbé de l'opium. Alors le tableau des accidents aigus s'efface et il peut ne persister comme signe de la perforation que la contracture de la paroi et l'œdème.

Or, nous l'avons vu, ce seul signe nécessite l'intervention.

Nous allons étudier très rapidement qu'elle peut être cette intervention et les avantages que le malade peut en retirer.

II

CONDUITE A TENIR

Quand on se trouve en présence d'un phlegmon périnéphrétique, même si l'origine n'en est pas très nette, l'intervention sera précoce. Le minimum sera l'incision du phlegmon et le drainage ; et au moins si on ne possède que peu de renseignements sur l'histoire de la maladie et sur les causes qui ont pu produire l'œdème de la paroi, signature d'une suppuration dans la région sous-jacente, on pourra espérer au cours de l'intervention avoir quelques éclaircissements à ce sujet. Et bien que dans un traité chirurgical d'Urologie le professeur Legueu ne rapporte dans l'étiologie du phlegmon périnéphrétique aucun cas de perforation duodénale, il sera permis de penser à une perforation intestinale dans certains cas lorsqu'on ne trouvera pas de températures très élevées et lorsque le contenu du phlegmon, au lieu d'être le pus épais, crémeux de cause générale, sera une suppuration séreuse mal liée, quelquefois glaireuse et filante, souvent d'odeur fécaloïde et gangréneuse. Cet aspect du pus ne sera pas symptomatique mais il devra faire penser à la perforation intestinale et conduire à sa recherche.

Naturellement le diagnostic s'imposera en présence des écoulements de liquide que l'on reconnaîtra être de la bile, ou de débris alimentaires.

Le drainage peut-il quelquefois suffire ?

Sans doute dans quelques cas rares comme dans l'observation I où la perforation était de petite dimension et la suppuration assez modérée, un résultat assez favorable peut être obtenu par l'incision et le drainage.

Mais, d'une part, on ne peut connaître la dimension de la perforation et les dégâts qu'elle pourra produire ultérieurement, et on s'expose comme dans l'exemple n° V à laisser le malade mourir de pneumonie par exemple. Et à supposer que l'abcès se vide très bien, nous pensons que presque fatalement le résultat final sera une fistule interminable sur la fermeture spontanée de laquelle il ne faut pas compter, son trajet étant presque certainement parcouru soit par les aliments, même solides si elle est de dimension notable, soit par la bile et le suc pancréatique si son origine est au-dessous de l'ampoule de Vater.

L'intervention s'imposera de façon encore plus formelle si cette fistule non seulement n'a pas de tendance à se fermer, mais garde une capacité suffisante pour permettre le passage d'une partie de la bile et du suc pancréatique à un point tel qu'il devient une cause d'inanition (obs. IV de Wagner).

Donc intervention, et intervention précoce dans l'immense majorité des cas.

Berg en 1903 (1) propose la gastro-entérostomie avec fermeture du pylore et il n'est pas d'avis comme le fit Telford (obs. VI) de « compliquer la laparo-« tomie par une incision transpéritonéale pour arri-« ver directement sur la partie latérale du duodénum « pour le suturer ». Cette suture ne lui semble pas un temps indispensable de l'opération et en tous cas lui paraît rarement nécessaire. Voici à ce sujet ce qu'il écrivait en 1903 et que nous traduisons :

« La cicatrisation de l'ulcère perforé du duodé-« num au niveau de la paroi postérieure de la « branche descendante ne donne pas en général de « résultat favorable. La cause en est que cette partie « n'est pas recouverte par le péritoine, ou que les « sutures ne tiennent pas dans les tissus nécrosés, ou « enfin qu'elles cèdent à la suite d'infection secon-« daire.

« Le résultat habituel est une fistule duodénale « suivie de mort par inanition.

« En présence de ces faits je me permets le pro-« cédé suivant : s'il s'agit des suppurations rétro-« duodénales, elles doivent être vidées et drainées « par incision lombaire ou par incision du péritoine « pariétal. Immédiatement après, ouverture de la « cavité générale par incision médiane, gastro-jeju-« nostomie et « ligature en blague à tabac » du pylore « avec un fil de soie. De cette façon on obtient une « exclusion unilatérale du duodénum perforé et ainsi

1. *Zentralblatt fur Chirurgie*, 1903, p. 556.

« on empêche que le chyme ne traverse la fistule.

« L'avantage de cette méthode est que la digestion « stomacale peut se continuer. La perforation se « ferme simplement parce que le suintement conti- « nuel des matières et des sucs cesse.

« Mais il est essentiel d'exécuter la gastro-jejunos- « tomie et la ligature pylorique en une seule inter- « vention puisque si la fistule duodénale persiste les « forces disparaissent rapidement et les malades « n'ont pas de résistance suffisante pour supporter « une deuxième intervention. »

On peut ne pas partager complètement l'avis de Berg en ce qui concerne le traitement de la perforation même ; la gastro-entérostomie suivie de fermeture du pylore n'oblitérant pas la perforation, n'empêche pas l'écoulement de la bile et du suc pancréatique. Comme d'autre part la gastro entérostomie laisse la possibilité de bien oblitérer la perforation et de faire un enfouissement aussi large que possible, il est logique de conclure à sa nécessité. Le rétrécissement duodénal qui en résulte n'a plus d'importance : une voie de dérivation étant créée. L'alimentation du malade grâce à elle peut être reprise plus vite. Elle met l'estomac au repo et évite la récidive de l'ulcère ou le développement du deuxième.

On a reproché au temps opératoire intra-abdominal d'exposer à l'inoculation du péritoine. Ce reproche perd beaucoup de sa valeur si on veut bien considérer que l'opération se décompose en deux temps : un qui se passe dans la région lombaire éminemment

septique tandis que le temps abdominal est aseptique.

Elle prolonge l'intervention ? Nous pouvons répondre qu'en plus de sa nécessité, la gastro-entérostomie, comme le propose Pauchet, devient « une opération « pouvant être faite sous anesthésie locale (1) ». Nous n'insistons pas sur sa technique ; Pauchet l'expose en détail dans la *Gazette des Hôpitaux* (22 janvier 1917).

D'ailleurs la gravité de cette intervention qui ne peut être niée quand elle est pratiquée tardivement, diminue notablement lorsqu'elle est entreprise de façon précoce.

Enfin les malades traités par la gastro-entérostomie continueraient à souffrir si on s'en tenait à cette intervention ; et cela ne saurait nous étonner ; les expériences de Delbet nous ont depuis longtemps appris qu'après la gastro-entérostomie les liquides continuent à passer par le pylore quand celui-ci est resté perméable.

Cela seul suffit à expliquer la douleur. M. Corner cite le cas d'un jeune homme « qui continuait à souf- « frir un an après une gastro-entérostomie et chez « qui on obtint un résultat merveilleux en passant « une soie autour du pylore et en la serrant juste « assez pour en fermer la lumière ».

Il serait donc naturel de voir récidiver un ulcère ou même d'en voir apparaître un nouveau, avec dans

---

1. Pauchet et Sourdat, *Anesthésie régionale*, 2e édition, 1916.

les deux cas persistance des troubles digestifs si la gastro-entérostomie n'était pas accompagnée de son complément indispensable : l'exclusion pylorique seule capable d'empêcher le passage des liquides dans la région ulcérée et de mettre par conséquent l'ulcère au repos, permettant ainsi son amélioration et sa guérison.

Enfin l'exclusion du pylore supprime la région où s'élabore la plus grande quantité du suc acide.

Recherchant les contre-indications nous ne voyons avec Lagoutte que « l'état précaire du malade puisqu'avant tout il faut faire vite et encore, dit-il, la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay est si rapidement terminée qu'on peut la considérer comme n'ajoutant qu'un élément de bien faible importance à l'ensemble de l'intervention.

Pour ce qui est d'autres traitements nous n'en voyons pas de rationnels.

La suture directe des bords n'est pas possible étant donné dans l'immense majorité des cas l'état des tissus qui bordent l'ulcération.

Quant à la résection de la masse ulcérée, « elle ne pourrait être tentée, dit Lagoutte, que dans un nombre très limité des cas (lésion très petite, duodénum très mobile) toutes conditions exceptionnelles. »

Enfin disons pour terminer que le pronostic de la gastro-entérostomie dépendra surtout de la précocité de l'intervention, bien que la gravité de la perforation duodénale soit moindre que celle de l'ulcère stomacal s'il est vrai, comme l'a écrit, en particulier

Mitchell de Belfast, « le pylore se contracte et ferme le « passage au contenu stomacal. » D'autre part, le contenu du duodénum est moins septique que celui de l'estomac.

Il dépendra naturellement d'autres facteurs de gravité sur lesquels nous n'insisterons pas et qui dépendent de la technique opératoire elle-même et des soins consécutifs.

Et nous pensons que dans les cas où la gastro-entérostomie ne peut être faite primitivement, ce qui peut se produire par exemple si le malade n'est pas en état de la supporter, elle devra être traitée avec l'exclusion pylorique aussitôt qu'il sera possible.

Nous pouvons donc ainsi résumer très brièvement les conclusions de notre étude sur la perforation duodénale en arrière de la façon suivante.

CONCLUSIONS

Quand on sera auprès d'un malade pour des signes lombaires rappelant ceux que nous avons indiqués, le plus souvent le diagnostic ne sera pas porté.

Malgré cela et en présence seulement d'un œdème même peu appréciable : ouvrir et drainer largement.

Puis en présence d'une suppuration ayant les caractères décrits plus haut, se rappeler les antécédents du malade permettant d'établir l'existence d'un ulcère perforé et aussitôt que possible intervenir en se rappelant que la gastro-entérostomie avec exclusion pylorique peut ne pas suffire et qu'il faut au moins essayer d'oblitérer la perforation.

Par conséquent :

1° Incision et drainage ;

2° Recherche de la perforation, et, par la plaie lombaire si possible, enfouissement de l'ulcération ;

3° Gastro-entérostomie complémentaire suivie d'exclusion pylorique.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Annals of surgery of Philadelphia, vol. LXI, n° 4, avr. 1915.

Archiv. für klinische chirurgie, 1906, t. LXXXI.

Balfour (*D.-C.*). — Gastro-duodenostomy. Indicat. and technic, 1918.

Beckel. — Ulcère latent du duodénum. XXIII[e] Congrès chirurgie, 1910.

Berg. — Zentralblatt für chirurgie, 23 mai 1903, p. 551.

Beiträge zur klinische chirurgie, 1910.

Bilot. — Les abcès sous-phréniques. Thèse Paris, 1907-1908.

Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie, t. XXXVI, p. 1054.

Bruns (*P.*). — Beiträge zür klinische chirurgie, 1911, p. 498-500.

Dousseau (*G.*). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la perforation de l'ulcère du duodénum. Thèse Paris, 1912-1913, p. 170.

Chauvenet. — Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques. Paris, 1893-1894.

Collin (*H.*). — Etude sur l'ulcère simple du duodénum. Th. Paris, 1894.

Darras (*Ed.*). — De la perforation de l'ulcère simple du duodénum. Th Paris, 1896-1897, p. 536.

Deaver (*J.-B.*). — Journal of the american medical association, 12 juin 1913.

Delagenière. — Société de Chirurgie. Paris, t. XXXVI, p. 1054.

Delore et Arnaud. — Perforation de l'ulcère du duodénum malgré une gastro-entérostomie (Société sc. médicales, 28 oct. 1910).

Elliot (*J.-D.*). — Perforation of Duodenal ulcér. Deattle, 1917.

Elsworth-Eliot. — Annals of surgery. N.-Y., n° 4, avril 1912.

— Annals of surgery. N.-Y., n° 5, mai 1912.

Fielo (*M.-T.*). — Duodenal perforation A. new diagnostic sign. London, 1915.

Fulda (*C.*). — Perforated duodenal ulcer. Brooklyn, 1917, X, p. 555.

Favreul. — Diagnostic et traitement de l'ulcère perforé du duodénum (Gazette médical, Nantes, n° 44, 1er nov. 1913).

Guiteras. — Ætiology of perinephrectic abcess (N. Y., 1906, vol. 83, p. 169).

Jeandel. — De l'exclusion du pylore dans les ulcères duodénaux. Th. Paris n° 51, 1912-1913.

Juillard (*H.*). — Contribution à l'étude des complications pancréatiques de l'ulcère du duodénum. Th. Paris, 1909-1910.

Kenna (*H.-Mac*). — A case of perforated duodenal ulcer (Surg. clin. Chicago, 1917).

Krauss. — Das perforierende geschwür in duodenum. Berlin, 1875, p. 33.

Lagoutte. — Des perforations de l'ulcère du duodénum (Lyon chirurg., 1er mai 1912).

— Sept observations d'ulcère du duodénum perforé (id., 1914, p. 200).

Lardennois (Reims). — Diagnostic et traitement de l'ulcère perforé du duodénum (XXIIIe Congrès Chirurgie, 5 oct. 1911).

Lecène. — Pressè médicale, 23 oct. 1912.

Legueu. — Traité chirurgical d'urologie, p. 341.

Martin (*W.*). — Subacute duodenal perforated ulcer. Philad., 1917.

Moynihan. — Duodenal ulcer (London, 1910, p. 194-204).

— Duodenal ulcer (The Lancet, janv. 1912).

Melchior. — Ergebnisse der chirurgie und orthopædie, 1911, p. 247.

Œttinger. — Arch. des maladies de l'appareil digestif, 1911.

Pauchet. — Traitement de l'ulcère duodénal (Presse médical, 22 janv. 1917).

— Rapport XXXIII[e] Congrès chirurgie, 5 oct. 1910, p. 548.

Pauchet et Sourdat. — Anesthésie régionale, 2[e] édit. Paris, 1916.

Perry and Shaw. — On deseases of the duodenum.

Gugis. — Hospital Report, vol. 5, p. 270, 1894.

Petren. — Beitræge zur klinische Chirurgie, 1911, p. 453.

Petren (G.). — On rétroperitoneal perforation of duodénal ulcer (British Médical Journal, mai 1912).

Roger. — Exclusion pylorique. Thèse Paris, 1908-1909, n° 93.

Seguinot (G.). — Nécessité de l'exclusion pylorique comme complément de la gastro-entérostomie. Thèse Paris, 1912-1913.

Société de Chirurgie. — Ulcère perforé du duodénum. Paris, 30 av. 1913.

— Perforation of duodenal ulcer. New-York, mars 1913, p. 993.

Telford. - The British Médical Journal, Manchester, may 1912.

Tuffier. — Société Chirurgie. Paris, séance du 9 nov. 1910.

Wagner. — Medic. Wochenschrift. Munich, 1901, p. 1388.

Wallès. — Three cases of suppurative hépatitis (Hygica, 1894).

Ware (M.-W.). — Perforated duodénal ulcer. N.-Y., 4. 1917.

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4336-19